

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1929-1930. — N° 111

Rapports de la Chorée de Sydenham
avec l'hérédo-syphilis.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 juin 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Joséphine FENESTRAZ

Ancienne Externe des Hôpitaux de Lyon

NÉE A CHAMBÉRY (SAVOIE), LE 1^{er} SEPTEMBRE 1905



Imprimerie de Trévoux.

1930

RAPPORTS DE LA CHORÉE DE SYDENHAM
AVEC L'HÉRÉDO-SYPHILIS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1929-1930. — N° 111

Rapports de la Chorée de Sydenham
avec l'hérédo-syphilis.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 18 juin 1930

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Joséphine FENESTRAZ

Ancienne Externe des Hôpitaux de Lyon

NÉE A CHAMBÉRY (SAVOIE), LE 1^{er} SEPTEMBRE 1905



Imprimerie de Trévoux.

—
1930

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LÉPINE
Assesseur M. ROLLET



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

	MM.
Cliniques médicales	PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LÉPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVÉ-JOSSERAND
Chimie organique et toxicologique	CLUZET
Matière médicale et botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	ETIENNE MARTIN
Pharmacie	COURMONT (P.)
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — — Propédeutique et gynécologie	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THÉVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM. GARIN	MM. MAZEL	MM. DUMAS	MM. ROCHET (Pb.)
TRILLAT	SANTY	DUFORT	WERTHEIMER
SARVONAT	DUNET	DEVIC	GATÉ
FLORENCE (G.)	CHALIER (André)	GABRIELLE	BERNHEIM
ROCHAIX	CHALIER (Joseph)	MANCEAU	DECHAUME
RHENTER	NOEL	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. G. MOURIQUAND, Président ;
Assesseurs : MM. RENTER, DEVIC, BERNHEIM

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Faible témoignage de mon affectueuse reconnaissance.

A MON FIANCÉ

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Il nous a enseigné la médecine
infantile et a bien voulu s'intéres-
ser à notre modeste travail. Nous lui
restons profondément reconnaissante
de l'honneur qu'il nous fait en
acceptant la présidence de cette
thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RHENTER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

Un de ses élèves nous apporta l'écho de sa bienveillante et délicate bonté. Nous avons le bonheur d'en être nous même l'objet, et nous sommes sensible à la nouvelle marque d'intérêt qu'il nous témoigne en acceptant de faire partie du jury de notre thèse.

Nous lui sommes profondément reconnaissante de bien vouloir nous initier à la puériculture et de présider à la formation dont nous allons avoir besoin pour notre carrière future. Nous lui exprimons ici notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVIC

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
MÉDECIN DES HÔPITAUX

Nous avons été son externe et nous gardons le meilleur souvenir des heures agréables que nous a valu son enseignement intéressant et cordial. Nous n'oublions pas la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard, et nous l'en remercions vivement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERNHEIM

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
MÉDECIN DES HÔPITAUX

Ses conseils et les documents qu'il mit à notre disposition dans l'élaboration de ce travail nous furent précieux. Qu'il veuille trouver ici l'expression sincère de nos remerciements.

INTRODUCTION

Pendant notre dernière année d'études médicales passée à la Clinique Infantile, grâce à la bienveillance de Monsieur le Professeur MOURIQUAND, nous avons pu nous occuper tout particulièrement des enfants atteints de chorée de Sydenham.

Notre attention fut spécialement attirée sur les rapports de cette affection avec l'hérédo-syphilis, et nous avons songé à en faire le sujet de ce travail.

Nous ne nous dissimulons pas que cette étude n'est qu'une ébauche très floue et fort incomplète et nous ne prétendons apporter aucun élément nouveau. Pour être convenablement traité, un tel sujet réclamerait des années d'expérience personnelle. Nous laissons ce soin à des chercheurs dont la clairvoyance et la compétence seront plus fécondes. Notre but plus limité se borne à essayer, dans la mesure où la chose est possible avec les données actuelles, de mettre au point la question de l'origine syphilitique de la chorée de Sydenham, et ceci en apportant des éléments, peu nombreux il est vrai, mais suffisamment démonstratifs pour en tirer des conclusions cliniques et thérapeutiques.

La statistique que nous apportons est réduite; aussi bien ne nous proposons-nous pas de faire œuvre fastidieuse et inutile de statistique. Nous avons rassemblé les documents qui nous ont semblé aptes à signer le rôle complexe de la syphilis dans l'étiologie de la chorée de Sydenham afin d'aider des travaux ultérieurs qui, nous l'espérons, résoudront ce problème si difficile mais si intéressant.

Avant d'entreprendre ce travail, nous nous faisons un devoir de remercier Monsieur le Professeur MOURIQUAND pour toutes les connaissances que nous avons acquises durant cette année passée dans son service où nous avons toujours obtenu un accueil bienveillant. Il a bien voulu s'intéresser à notre thèse et nous donner, au cours de son élaboration, les lumières de son enseignement d'une si haute autorité. Nous lui sommes vivement reconnaissante.

Nos remerciements vont également à Monsieur le Docteur BERNHEIM dont l'amabilité et la complaisance le firent se mettre à notre disposition pour les conseils éclairés dont nous eûmes besoin. Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude.

HISTORIQUE

Nous n'aborderons pas ici l'historique complet de la chorée de Sydenham, qui déborderait de beaucoup le plan de ce travail. Nous nous bornerons seulement à signaler les différents travaux ayant trait aux rapports de cette affection avec la syphilis et surtout la syphilis héréditaire ; c'est d'ailleurs autour de ce point que se sont centrées nos recherches bibliographiques.

Bien avant Milian qui a eu le mérite de mettre en lumière la question, les auteurs français et allemands ont reconnu le rôle joué par la syphilis dans l'étiologie de la chorée de Sydenham.

Le cas le plus ancien est celui de Costihles en 1852 sur lequel d'ailleurs n'existe aucun renseignement bien précis.

Zambaco (1862) rapporte l'observation d'une chorée apparue chez une femme de vingt ans, chez laquelle évoluait une syphilis acquise certaine.

Soltmann (1893) donne le nom de « chorea minor luetica hereditaria » à une chorée survenue chez une fillette de 15 ans, issue d'un père tabétique et présentant elle-même des stigmates accusés d'hérédo-syphilis. Rebelle au traitement par l'antipyrine et les bromures, la mala-

die fut rapidement améliorée et guérie en 15 jours par l'administration d'iodure de potassium.

Kovalewsky (1894), à ces trois cas, en ajoute un qui lui est personnel et qui concerne une famille de quatre enfants choréïques, issus de parents nettement syphilitiques. L'auteur ne parle pas du traitement institué.

En 1902, Brüning établissait une statistique de 65 cas dont 5 relevaient d'une hérédosyphilis probable.

Citons encore les noms d'Alison, de Nonne, de Chartier et de Rose qui publièrent des observations de chorée de Sydenham survenue chez des syphilitiques.

Antérieurs à la découverte de la réaction de Wassermann et à celle du Salvarsan, ces faits isolés n'ont pas suffisamment retenu l'attention, parce que manquant de base sérologique et thérapeutique.

Il faut arriver en 1912 à Milian pour que la question des rapports de la syphilis et de la chorée de Sydenham se fasse jour et acquière l'importance d'un problème pathologique.

Le 28 juin 1912, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le Docteur Milian publiait deux observations de chorée de Sydenham dont il montrait l'étiologie syphilitique. Dans l'une il s'agissait d'une syphilis héréditaire, dans l'autre d'une syphilis acquise. La guérison rapide des deux cas fut obtenue par le cyanure de mercure et l'iode.

A la même séance, le Docteur Apert apportait une observation confirmative de chorée mortelle, à l'autopsie de laquelle on trouva une gomme du foie.

En août 1912, Rizat (*Annales des Maladies vénériennes*) publiait à son tour une observation de chorée chez

un hérédo-syphilitique, guérie en 15 jours par le traitement mixte : frictions d'onguent napolitain et iodure de sodium.

Le 29 novembre 1912, M. Milian reprenait à nouveau la question à la Société Médicale des Hôpitaux et apportait 15 observations de choréiques chez lesquels on retrouvait la syphilis, à condition toutefois de faire une enquête suffisamment minutieuse et complète.

La déclaration de M. Milian souleva une vive opposition de la part de tous les pédiâtres qui repoussèrent les arguments invoqués à l'appui de cette thèse — arguments que nous étudierons plus loin.

Malgré ces dénégations, des observations ultérieures sont venues montrer que la théorie de la nature syphilitique de la chorée possède quelque raison d'être.

Babonneix, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris du 6 décembre 1912, apporte une statistique relevée dans le service de M. Hutinel, et il trouve l'hérédo-syphilis dans 25 % des cas. A noter ici que l'enquête fut faite après coup, c'est-à-dire sur des observations où la syphilis n'avait pas été recherchée systématiquement et où la réaction de Wassermann n'avait pas été pratiquée.

Depuis 1912, les auteurs français et étrangers firent une place à la syphilis dans la recherche des antécédents de leurs malades choréiques, et c'est ainsi que furent publiés un certain nombre de faits qui militent en faveur de la thèse de Milian et que nous rapportons ici :

Grenet et Sédillot (1912), chorée typique chez une fillette dont le père est mort paralytique général ; la petite malade présente : 1° une iritis améliorée par le

mercure ; 2° de nombreux stigmates dystrophiques ; 3° une réaction de Wassermann faiblement positive.

P. Merklen (1913), chorée chez une fillette jadis soignée pour gomme du frontal et double kératite interstitielle.

Apert et Rouillard (1913), chorée chez une femme enceinte, avec réaction de Wassermann positive ; chorée intense et compliquée chez une femme hérédo-syphilitique et syphilitique secondaire.

Dufour, Thiers et Charron (1913), état choréiforme, où l'examen du liquide céphalo-rachidien décele, et une réaction de fixation positive et une lymphocytose discrète.

Hutinel (1913), chorée franche chez une fillette hérédo-syphilitique comme le prouvent l'existence de nombreux stigmates et le caractère positif de la réaction de Wassermann dans le sang.

Chevron (1913), deux cas de chorée vraie chez des enfants ayant une réaction de Wassermann partiellement positive et dont les parents étaient notoirement syphilitiques.

Roustan (1914), six observations de chorée liée à l'hérédo-syphilis. 1. chorée simple : présence de stigmates et d'une réaction de fixation positive ; 2. chorée avec présence de stigmates ; 3. chorée avec présence d'une réaction de fixation positive ; 4. ancienne perforation syphilitique du voile, plusieurs attaques de chorée, la première à seize ans, la dernière très intense au cinquième mois d'une grossesse ; 5. chorée syphilitique familiale chez une femme enceinte ; 6. chorée chez une fillette dont la mère présente de l'inégalité pupillaire.

Dufour (1916), chorée à type récidivant et héli-chorée chez des femmes enceintes entachées d'hérido-syphilis.

Hutinel (1916), chorée sévère et prolongée, rapidement guérie par les injections de 914 ; chorée grave, améliorée par les injections intraveineuses de cyanure mercuriel ; chorée paralytique presque guérie par le 914 ; dans les deux premiers cas, réaction de Wassermann positive.

Cassoute et Giraud (1920), chorée chez une enfant dont le liquide céphalo-rachidien présente les modifications biologiques et cytologiques propres à la syphilis ; guérison par le traitement spécifique.

Mouriquand, Martine et Régnier (1921), chorée chez une fillette hérido-syphilitique dont les incisives médianes supérieures présentaient l'encoche d'Hutchinson.

Delore (1929), chorée chronique syphilitique chez un homme de 54 ans, survenue 24 ans après une syphilis acquise non soignée. Malade amélioré par le traitement au cyanure de mercure.

A l'étranger, surtout en Allemagne, la question de l'étiologie syphilitique de la chorée fut également étudiée, et les cas suivants qui ont été publiés méritent d'être mentionnés :

Flatau (1912), chorée chez un enfant de 5 ans dont la mère présentait une réaction de Wassermann positive dans le sang. L'arsenic fut inefficace, de même le 606. Guérison rapide par le mercure.

GARTNER (1916), chorée chez une fillette dont la mère présentait une gomme cutanée syphilitique, des dents d'Hutchinson et une réaction de Wassermann positive dans le sang. Le traitement au Salvarsan amena la guérison en vingt jours.

Hübner (1917), chorée chez une fillette de 11 ans, dont les parents à l'anamnèse, à la clinique et à la sérologie s'avéraient notoirement syphilitiques. Guérison rapide par le mercure.

Kurt Boas (1917), 2 observations: 1. chorée chez un garçon de 10 ans dont la mère a eu de nombreuses fausses couches, et qui céda au mercure ; 2. chorée chez une fillette de 14 ans qui avait une réaction de Wassermann positive dans le sang.

CHAPITRE PREMIER

Les idées actuelles sur l'étiologie de la Chorée de Sydenham.

La chorée de Sydenham est une affection en présence de laquelle le praticien reste souvent perplexe car il se heurte parfois à des difficultés insolubles, et il est obligé de se poser de nombreux problèmes. C'est que la chorée de Sydenham est encore à l'heure actuelle mal connue dans son essence même.

Depuis l'époque où Sydenham reconnaissait pour cause efficiente de cette maladie : « une humeur qui, par son irruption dans les nerfs, excite les mouvements extraordinaires qui la caractérisent », les opinions les plus diverses ont été admises au sujet de l'étiologie qui reste encore une question assez controversée.

Si l'origine infectieuse de la chorée de Sydenham, soutenue par Triboulet qui a définitivement retranché

cette maladie du cadre des névroses, est à l'heure actuelle universellement admise, un point reste encore à élucider : la chorée de Sydenham est-elle due à une infection spécifique déterminée, ou bien toutes les infections quelles qu'elles soient sont-elles susceptibles de provoquer l'éclosion de ce syndrome.

Nous allons successivement considérer les causes pouvant prédisposer à la chorée et les infections qui, suivant les classiques, paraissent la déterminer.

I. — CAUSES PREDISPOSANTES

Trois causes principales paraissent prédisposer à la chorée :

L'âge.

Le sexe.

L'hérédité.

AGE. — Sydenham avait déjà remarqué que la « Chorea Sancti Victi » frappait les enfants depuis l'âge de 10 ans jusqu'à la puberté.

Trousseau considérait que la chorée de Sydenham se développait principalement entre six et quinze ans, de la première dentition à la puberté.

D'après les auteurs modernes, l'âge de prédilection serait de 10 à 14 ans ; M. Babonneix le fixe à 10 ans. Avant 6 ans, les cas de chorée de Sydenham vraie sont rares. Exceptionnelle chez l'adulte, sauf chez la femme enceinte, et surtout chez celle qui a présenté une pre-

mière atteinte dans l'enfance, on peut considérer la chorée de Sydenham comme étant l'apanage de l'enfance, avec un maximum de fréquence vers la onzième année.

SEXE. — Sydenham pensait que la chorée frappait indifféremment l'un et l'autre sexe, mais depuis, de nombreuses et minutieuses statistiques ont prouvé que les filles sont plus fréquemment atteintes que les garçons, et cela dans la proportion de 1 garçon pour 3 filles.

HÉRÉDITÉ. — L'hérédité similaire étudiée par Andral, Ollivier, Bur et Mirallié semble jouer un rôle, mais qui ne paraît pas avoir l'importance que ces auteurs lui attribuent.

L'hérédité rhumatismale signalée par Gresset paraît assez rare. M. Babonneix ne l'a relevée que sept fois sur soixante-dix cas.

Beaucoup plus souvent entrent en ligne de compte l'hérédité névropathique, éthylique, mentale, capables de produire une fragilité du système nerveux qui se trouve ainsi préparé à fléchir au moindre choc.

La tuberculose pourrait peut-être avoir un rôle pathogénique. Étudiés dans la thèse de Toutain en 1906, les rapports de la tuberculose et de la chorée de Sydenham ont été signalés par certains auteurs.

M. le Professeur Mouriquand a cherché et trouvé des antécédents tuberculeux dans l'histoire de ses choréiques. M. Claude dit que la tuberculose se retrouve dans 40 % des cas.

Dans une des observations que nous rapportons, le père d'une fillette choréique est mort de laryngite tuberculeuse.

Telles sont brièvement rappelées les causes prédisposant à la chorée de Sydenham.

Nous allons maintenant passer en revue les infections qui ont été invoquées par les auteurs comme pouvant déterminer la chorée et voir s'il faut vraiment leur faire jouer un rôle dans l'apparition de cette maladie.

II. — CAUSES DETERMINANTES

Il n'est pas une infection, si banale soit-elle, à qui l'on n'ait attribué un rôle dans l'éclosion de la chorée de Sydenham.

Les plus diverses ont été incriminées : fièvres éruptives : varicelle, rougeole ; la scarlatine, surtout dit Trousseau, lorsqu'elle est compliquée de rhumatisme.

Les angines aiguës ou chroniques, les oreillons, la coqueluche, la diphtérie, l'érysipèle, la fièvre typhoïde ont été invoqués.

La tuberculose, que nous avons signalée parmi les causes prédisposantes, jouerait, d'après Toutain, un rôle déterminant en agissant soit directement par la toxine du bacille qui se fixerait sur les centres nerveux, soit par l'intermédiaire du rhumatisme tuberculeux.

On peut donc considérer la chorée comme un syndrome que toutes les infections, quelles qu'elles soient, sont en droit de réaliser. Mais dans ce long cortège de facteurs déterminants, nous mettrons en tête de liste les seuls qui méritent une mention spéciale et détaillée.

Ce sont : le rhumatisme articulaire aigu,
l'encéphalite léthargique,
la syphilis, surtout la syphilis héréditaire.

1°) RHUMATISME. — Depuis le mémoire, longtemps resté classique, de Germain Sée : « *Rapports du rhumatisme et des maladies de cœur avec les affections nerveuses et convulsivantes* », les auteurs, pour la plupart, admettent l'influence du rhumatisme sur le développement de la chorée.

Avant lui déjà, Sbolz rapportait deux cas de douleurs rhumatismales suivies de l'apparition d'une chorée. Bouteille de Manosque parle de « chorée rhumato-brachiale » et de « chorée rhumatique » et Bright signale six cas de chorée avec affection aiguë du cœur et du péricarde.

Mais ce fut surtout Germain Sée et Henri Roger qui contribuèrent à asseoir la théorie de l'origine rhumatismale de la chorée.

Le premier de ces auteurs avait constaté que souvent la chorée s'accompagnait d'épanchements séreux ou compliquait des affections nerveuses : convulsions, tétanie, méningites. Pour lui, les épanchements séreux multiples consacraient l'origine de la chorée.

« Qui ne sait, disait-il, que la phlegmasie des séreuses et surtout des enveloppes abdominales ou crâniennes ne se développe jamais d'une manière spontanée, à moins de reconnaître pour cause le principe rhumatismal ? D'autre part le rhumatisme emprunte les caractères du tétanos, de la tétanie, de la paralysie. »

Sur 128 chorées examinées par lui, 61 avaient eu des douleurs rhumatismales et, sur ce nombre, 32 fois il s'agissait d'arthralgies bénignes et courtes et 29 fois de douleurs articulaires fixes. Cette coïncidence mérite d'être signalée, ajoute-t-il, si l'on considère que chez l'enfant le rhumatisme est extrêmement rare. »

H. Roger s'est rallié à la thèse de G. Sée ; dans « *Recherches cliniques sur la chorée, sur le rhumatisme et sur les maladies de cœur chez les enfants* », il écrit : « La clinique m'a appris, en effet, qu'il faut non seulement admettre dans la chorée une forme rhumatismale, mais encore que cette forme prime toutes les autres par son évidence et sa fréquence comme par son importance pratique, à tel point que je me suis demandé si la chorée n'était point dans la presque universalité des cas une manifestation du rhumatisme. »

Après avoir, à l'appui de sa thèse, rapporté un certain nombre de faits, H. Roger conclut ainsi : « Il y a non seulement liaison entre les deux maladies, parenté, filiation, mais encore identité de nature. »

Depuis, les auteurs ont considéré le rhumatisme articulaire aigu comme étant l'étiologie principale et unique de la chorée.

Sur 51 cas observés par Ferraris-Wyss, il y avait 45 fois relation entre la chorée et le rhumatisme ou l'endocardite. Ollivier, Cadet de Gassicourt observèrent l'apparition au cours de la chorée d'endocardites semblables à celles du rhumatisme, preuve, disaient-ils, de son origine rhumatismale.

Bien que combattue par Charcot, la théorie de G. Sée rallie de nombreux médecins d'enfants, ainsi que le mon-

trent les statistiques suivantes données par des pédiâtres autorisés :

Kephallinos incrimine le rhumatisme
dans 5 à 20 % des cas.

Hughes 13 %

Nobécourt 21 %

Trousseau-Hutinel et Babonneix 33 %

Grabois (Thèse Paris, 1912-13), 31 fois sur 136 cas
de chorée.

A. Triboulet (Thèse Paris, 1920), 22,78 %.

Les recherches personnelles que nous avons pu faire sur les cas observés dans le service de M. le Professeur Mouriquand, nous ont conduit à considérer que chorée et rhumatisme ont des rapports certains qui ne sauraient être négligés.

Ces rapports existant, il reste à déterminer quelle en est la chronologie. Ces deux affections évoluent-elles simultanément ? La chorée précède-t-elle le rhumatisme ou inversement celle-là est-elle consécutive à celui-ci ? en d'autres termes, y a-t-il entre ces deux affections relation de cause à effet ou simple rapport de coïncidence ?

M. Babonneix qui a le mieux envisagé la question conclut ainsi : « Il faut considérer ces trois manifestations : chorée, rhumatisme, cardiopathies comme les trois personnages d'une pièce dont les trois actes : arthropathies, mouvements involontaires, localisations cardiaques ne se jouent pas toujours dans le même ordre ».

Une autre question qui se pose dans le cas de chorée rhumatismale est la suivante : les cas de rhumatisme

articulaire violent, aigu, généralisé sont-ils ceux qui se compliquent le plus souvent de chorée ? ou bien cette dernière s'apparente-t-elle aux formes frustres, légères d'arthropathies ?

H. Roger formulait, à ce sujet, l'opinion qui est encore actuellement admise sans conteste : « Il y a une espèce d'antagonisme pour la véhémence des phénomènes entre l'une et l'autre maladie », et M. Babonneix : « C'est surtout le rhumatisme léger qui engendrera la chorée ».

En résumé, il semble donc bien que chorée et rhumatisme affectent les plus étroites relations, que le plus souvent celui-là précède celle-ci et que ce sont les rhumatismes légers et subaigus qui se compliquent de chorée.

2°) ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE. — Certaines analogies entre la chorée de Sydenham et l'encéphalite épidémique ont fait penser qu'il pouvait y avoir une relation entre les deux maladies. Les auteurs ont montré qu'au cours de l'encéphalite, pouvaient apparaître des mouvements choréiques, choréo-athétosiques, des syndromes choréiques qui précèdent, accompagnent ou suivent les autres manifestations de la maladie.

M. Nobécourt a rapporté le cas d'un garçon de 16 ans ayant eu, cinq semaines après une encéphalite, des mouvements caractéristiques de chorée vraie.

MM. Lesné et Barok ont publié une observation ayant trait à un garçon de 14 ans, atteint de fièvre typhoïde grave, ayant eu 2 mois après une chorée de Sydenham avec torpeur diurne, agitation nocturne, suivie deux ans après d'un syndrome parkinsonien.

Il est hors de doute qu'il existe entre ces deux états

morbides des relations étroites ; en faveur de cette théorie militent un certain nombre de faits cliniques, anatomiques et biologiques.

Aux premiers ressortissent les paralysies flasques, les parésies qui s'observent fréquemment dans l'encéphalite.

Chez l'enfant surtout, l'encéphalite laisse parfois des troubles mentaux qui se voient aussi dans certaines chorées aiguës.

Les signes généraux, l'évolution, les modifications du liquide céphalo-rachidien sont les mêmes dans les chorées graves et dans l'encéphalite.

Chez les femmes enceintes, on observe des chorées graves avec température, convulsions, pronostic grave ressemblant aux encéphalites gravidiques. Dans les deux maladies, les rechutes sont fréquentes.

A côté de ces arguments cliniques, figurent des faits d'ordre anatomique rapportés par MM. P. Marie et Tétrakoff et tendant à montrer l'analogie du siège et de l'aspect histologique des lésions dans la chorée et dans l'encéphalite.

Enfin, au point de vue biologique, M. Harvier et Levaditti ont essayé de mettre en évidence l'identité de virus. Ils inoculèrent au lapin les centres nerveux d'une jeune fille morte rapidement d'une chorée aiguë fébrile, et réalisèrent ainsi chez l'animal une méningo-encéphalite avec lésions caractéristiques de l'encéphale. Chez certains animaux inoculés avec du virus-très actif, ils obtinrent des mouvements choréiques des membres.

Que penser de ces divers arguments ?

Les uns plaident bien faiblement en faveur de l'origine encéphalitique de certaines chorées : tels sont les para-

lyxies flasques, les troubles mentaux, la lymphocytose céphalo-rachidienne, l'éosinophilie sanguine, signes assez peu fréquents chez l'enfant. De même les arguments anatomiques, auxquels on est en droit de reprocher un manque de base plus étendue, prêtent flanc à la critique. Plus dignes d'attention sont les arguments qui insistent sur l'analogie, l'identité des mouvements choréiques et des mouvements encéphaliques, mais cette analogie implique-t-elle une identité de nature ?

Certaines chorées graves peuvent présenter les mêmes allures, les mêmes symptômes, la même évolution que l'encéphalite.

Restent les arguments relatifs aux chorées gravidiques qui sont plus impressionnants.

Mais, s'il existe des analogies entre chorée et encéphalite, ces deux affections sont séparées aussi par des différences assez importantes.

M. Babonneix a eu le mérite de les signaler ; nous lui en empruntons l'énumération :

1°) La chorée de Sydenham est une maladie du jeune âge, l'encéphalite est plutôt une maladie de l'âge adulte.

2°) La chorée s'installe progressivement sans température, l'encéphalite a un début brusque et fébrile.

3°) La chorée est souvent précédée de rhumatisme articulaire aigu, suivie d'endocardite. Dans l'encéphalite, ces deux affections sont une rarissime exception.

Enfin M. Nobécourt a formulé l'argument suivant qui paraît convainquant : « L'encéphalite épidémique n'est apparue qu'en 1917-1918 ; elle était inconnue jusque là tandis que la chorée était identifiée auparavant ».

Cette théorie séduisante par certains côtés, de l'origine encéphalitique de la chorée a été adoptée par un grand nombre d'auteurs. Que faut-il penser ? Il semble qu'il ne faut pas dénier à l'encéphalite un rôle important dans l'étiologie de la chorée de Sydenham ; d'elle peut-être, relèvent les chorées graves gravidiques. C'est une étiologie à laquelle il faut penser et qui se vérifie dans quelques cas. Il serait cependant dangereux de vouloir généraliser et si l'encéphalite figure parmi une des principales causes déterminantes de chorée, elle n'est évidemment pas la seule

3°) SYPHILIS, SURTOUT HÉRÉDO-SYPHILIS. — Reste l'hérédosyphilis qui intervient dans l'étiologie de la chorée de Sydenham. Ce facteur qui joue à la fois un rôle déterminant et prédisposant fera l'objet d'une étude plus complète dans les pages qui vont suivre.

CHAPITRE II

La syphilis, cause déterminante de la Chorée de Sydenham.

La syphilis, surtout héréditaire, avait été incriminée par divers auteurs, mais c'est M. Milian qui a eu le mérite de mettre en lumière le rôle que cette diathèse pouvait jouer dans l'étiologie de la Chorée de Sydenham.

Le 29 juin 1912, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, lorsqu'il apporta ses deux observations de chorée survenue l'une chez une jeune fille de 20 ans atteinte d'une syphilis secondaire acquise et l'autre chez une fillette hérédo-syphilitique, toutes deux guéries par le traitement mercuriel et ioduré, l'auteur conclut ainsi : « Il est indubitable du fait de ces deux observations que la chorée de Sydenham peut avoir pour cause la syphilis héréditaire ou acquise. Il est vraisemblable que la Syphilis est le facteur le plus fréquent de la chorée en dehors de l'hystérie et du rhumatisme. »

Le 29 novembre de la même année, M. Milian reprenait sa théorie en apportant cette fois-ci des faits plus précis et des recherches basées sur une enquête complète et minutieuse.

Il présenta une série de 15 observations, les unes personnelles, les autres prises dans les divers hôpitaux d'enfants. Il étudie chaque sujet à différents points de vue :

Pour le malade : recherche des stigmates et des antécédents syphilitiques.

Réaction de Wassermann dans le sang.

Recherche du rhumatisme articulaire aigu et des cardiopathies.

Pour les parents (père et mère) : Recherche de la syphilis et des antécédents syphilitiques. Réaction de Wassermann dans le sang.

Il assemble enfin les résultats de ses observations et complète les renseignements les uns par les autres. Si un enfant, par exemple, a une réaction de Wassermann négative, quoique né de père syphilitique, cet enfant a tout de même le droit d'être classé parmi les hérédo-syphilitiques.

Milian est arrivé par ce moyen à classer ses choréiques en trois catégories.

Première catégorie : *Syphilitiques certains*, chez lesquels ou bien la réaction de Wassermann est positive, ou bien la syphilis des parents antérieure à la naissance de l'enfant est certaine, ou, à plus forte raison, chez lesquels les deux sont réunies.

Deuxième catégorie : Syphilitiques probables, chez lesquels les stigmates dystrophiques sont flagrants : déformations dentaires, osseuses, crâniennes ; kératites, surdité, soudure du lobule de l'oreille.

Troisième catégorie : Syphilitiques douteux, chez lesquels les stigmates dystrophiques sont peu accusés et ne sont pas universellement admis : gracilité, infantilisme, arrêt de développement, malformations diverses.

Si l'on excepte un cas où la chorée évoluait en même temps qu'une syphilis acquise (laquelle se traduisait par des syphilides pigmentaires du cou avec adénite cervicale et réaction de Wassermann positive), Milian arrive aux résultats suivants :

Sur 15 choréiques,

Syphilitiques certains	11	soit	73,33 %
Syphilitiques probables	2	soit	13,33 %
Syphilitiques douteux	2	soit	13,33 %
	15		99,99

Le rhumatisme ne fut rencontré que 3 fois sur 15 cas. Dans 2 cas, il s'agissait de vagues douleurs analogues aux douleurs de croissance, lesquelles peuvent aussi bien relever de l'hérédo-syphilis (Fournier). Le 3^e enfant présentait des lésions typiques de rhumatisme déformant à type d'extension, compliquées d'insuffisance mitrale, mais chez lui la réaction de Wassermann était positive.

Après avoir montré par la statistique qu'il apporte que la syphilis est d'une extrême fréquence chez les choréi-

ques, à condition de la rechercher minutieusement, l'auteur, à côté de ces arguments de fréquence qui, à son avis, établissent suffisamment la théorie syphilitique, en invoque une série d'autres : l'absence constante de rhumatisme, la nature fréquemment syphilitique des cardiopathies congénitales, la nature infectieuse de la chorée aujourd'hui reconnue, l'existence d'autres symptômes nerveux communs à la chorée et à la syphilis nerveuse, l'existence de chorées familiales, l'action thérapeutique puissante sur la chorée des spécifiques de la syphilis comme l'arsenic et le mercure : tels sont les arguments que M. Milian apporte à l'appui de sa thèse.

Cette déclaration faite à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, le 29 novembre 1912, souleva de la part des pédiâtres un flot d'objections. MM. Nobécourt, Comby, Hutinel, Guillaïn furent unanimes à combattre violemment cette théorie qui n'avait pas encore fait ses preuves.

Mais, depuis cette époque, les auteurs ont eu l'attention attirée vers la possibilité des chorées syphilitiques, et dans plusieurs services de pédiatrie, notamment à Lyon, dans le service de M. le Professeur Mouriquand, on s'est appliqué à dépister systématiquement la syphilis héréditaire, chez les choréiques.

Nous rapportons dans ce travail les seuls cas vraiment démonstratifs de l'origine syphilitique de la chorée qui ont été observés au cours de ces dix dernières années.

Ces observations prouvent qu'il existe des cas dans lesquels la syphilis joue un rôle déterminant dans le développement de la chorée de Sydenham. Puisqu'il n'est

pas établi actuellement que cette affection soit une entité morbide spécifique comme la fièvre typhoïde ou la diphtérie, puisqu'elle n'est pas une simple névrose, mais bien un syndrome relevant d'agents infectieux multiples, pourquoi ne pas admettre que le spirochète peut suffire à lui seul à produire le syndrome choréique ?

Il est hors de doute que dans nos quatre observations (I, II, III, IV) la syphilis ne puisse être niée.

La syphilis certaine (obs. I) ou probable (obs. III) de l'un des ascendants, la syphilis acquise et non soignée du sujet (obs. IV),

la réaction de Wassermann trouvée positive dans le sang, chez tous nos malades,

les signes concomitants de syphilis: kératite interstitielle (obs. I), perte du réflexe pupillaire à l'accommodation (obs. III), signe de Romberg, pupilles ne réagissant pas à la lumière (obs. IV),

sont autant d'arguments positifs qui plaident indiscutablement en faveur de l'étiologie syphilitique de la chorée.

En outre, l'absence de rhumatisme articulaire, sous toutes ses formes, y compris ses modalités frustres (lombago, torticolis) fréquemment rencontrées chez l'enfant, l'absence de manifestations cardiaques habituellement rattachées au rhumatisme, constituent des arguments d'ordre négatif, d'une certaine valeur.

Reste enfin, l'argument de l'efficacité de la thérapeutique spécifique, qui est très séduisant. Lorsque le traitement mercuriel ou bismuthé amène la guérison (obs. I, II, III, IV) et la sédation rapide des phénomènes choréïques — et surtout lorsque (obs. II) ce traitement est

substitué, avec succès, à des traitements habituels variés, restés jusque-là sans effet, il est bien difficile, dans ce cas, de ne pas admettre l'étiologie syphilitique de la chorée.

Il existe donc des chorées syphilitiques, mais pour être considérées comme telles, ces cas doivent présenter une netteté clinique et humorale indiscutable ; le diagnostic sera basé sur des signes de certitude ; nous les retrouvons dans nos observations :

1°) Notion d'une syphilis héréditaire ou acquise certaine.

2°) Absence de toute autre cause morbide en dehors de la syphilis.

3°) Présence d'une réaction de Wassermann positive dans le sang.

4°) Echec de tout traitement autre que le traitement antisypilitique.

On aura ainsi affaire aux cas que M. le Professeur Mouriquand a dénommé les « cas purs », les seuls qui puissent réellement militer en faveur de l'étiologie syphilitique de la chorée.

Il est aisé de déduire que ces cas ne seront pas nombreux. En effet, la syphilis intervient avec une fréquence réduite, d'une façon exclusive dans le déterminisme des cas de chorées dont la grande majorité reste, jusqu'ici, imputable au rhumatisme.

En somme, il faudra désormais songer à la syphilis chez les choréiques et les examiner à ce point de vue. Mais cette affection n'est pas en cause aussi souvent que le dit M. Milian : au même titre que le rhumatisme et

que d'autres maladies infectieuses, elle peut être quelquefois une cause de chorée ; mais il serait téméraire de vouloir généraliser. Assez de méfaits déjà sont imputables à la syphilis dont le champ d'action s'étend chaque jour davantage. Attendons de nouvelles preuves avant de lui attribuer encore une affection rattachée jusqu'ici à d'autres origines.

CHAPITRE III

La syphilis, cause prédisposante de la Chorée de Sydenham.

Il est donc indéniable que la syphilis peut être un facteur déterminant de chorée. Mais si le nombre de cas où elle intervient d'une façon exclusive est malgré tout restreint, plus fréquents sont ceux chez lesquels elle joue un rôle prédisposant dans l'apparition du syndrome choréique.

D'après la recherche systématique de l'hérédité syphilitique chez tous les choréiques, pratiquée dans le service du Professeur Mouriquand, il a été constaté que la chorée de Sydenham, quelle que soit son origine, se rencontre souvent chez les hérédos-syphilitiques :

Comment expliquer cette coïncidence ? Car il ne s'agit plus ici d'une relation de cause à effet, la chorée reconnaissant un autre facteur déterminant, rhumatisme, en-

céphalite, maladie infectieuse banale, et les signes cliniques et humoraux n'autorisant pas à rattacher à la syphilis l'étiologie des manifestations choréiques.

Fournier a dit avec juste raison : « la syphilis est le fumier sur lequel pousse toutes les infections ». La question de terrain est donc un facteur important dans la genèse des maladies, et la chorée ne saurait faillir à cette loi.

On sait combien l'hérédité nerveuse, alcoolique et syphilitique surtout favorise dans l'organisme la création de conditions de moindre résistance, le rendant ainsi plus vulnérable aux agents pathogènes et aux germes infectieux.

Quoi de plus naturel alors qu'un cerveau, dont la circulation, les cellules sont défavorablement modifiées par le virus syphilitique, réagisse par des convulsions, des mouvements choréiques ou autres manifestations nerveuses, et paraisse tout particulièrement disposé à faire une chorée « à la moindre chiquenaude ».

Le système nerveux surtout représente pour le tréponème un terrain d'élection sur lequel une infection accidentelle va pouvoir se développer en toute liberté, à la faveur des modifications apportées par le virus de la syphilis.

Hutinel, pour mettre en relief la fragilité plus grande du système nerveux de l'hérédo-syphilis, se sert de la comparaison suivante :

Lorsqu'un enfant, détenteur d'une cicatrice cutanée appréciable, fait une éruption de rougeole, de scarlatine, de variole ou de roséole syphilitique, la dermatose est plus accentuée au voisinage de cette cicatrice. La modi-

fication de la circulation à ce niveau est évidemment la cause de la confluence des éléments éruptifs.

Ce qui se passe sur la peau doit vraisemblablement se produire dans l'intimité des tissus, dans le territoire encéphalique. Que le cerveau ait des cicatrices, les infections et les intoxications ont toutes chances de se porter plus volontiers en ce département du système nerveux, en infériorité, en miopragie.

On comprend donc facilement qu'un encéphale qui a souffert dans son développement et dont les vaisseaux ont été plus ou moins altérés du fait de l'infection syphilitique puisse réagir plus qu'un autre aux germes morbides ; ce cerveau aux dépenses compromises deviendra la proie facile de l'affection intercurrente qui déterminera l'éclosion de la chorée.

Et à ce propos, pourquoi ne pas faire un rapprochement entre ce qui se passe pour la chorée de Sydenham et ce que l'on constate pour l'épilepsie. Il est un fait certain, c'est que l'épilepsie, bien que n'étant pas de nature syphilitique, évolue assez fréquemment chez des hérédo-syphilitiques et, dans ces cas, le traitement mixte, association des agents antisiphilitiques au gardénal, enregistre d'excellents résultats.

Ainsi la chorée survient avec une grande fréquence chez les syphilitiques. Il faudra donc essayer de dépister cette infection par une recherche minutieuse des antécédents héréditaires, des stigmates d'hérédo-syphilis et enfin par les réactions humérales : Bordet-Wassermann dans le sang de l'enfant et de la mère.

La syphilis ne contribue pas seulement à l'éclosion

de la chorée ; elle intervient parfois pour en modifier l'allure clinique et la durée.

Elle peut être considérée, dans certains cas, comme un facteur de gravité, favorisant au maximum les effets morbides de l'infection intercurrente, donnant à la maladie un caractère d'intensité anormale qui ne saurait être mise sur le compte de l'étiologie incriminée.

D'autre part, elle explique ces formes prolongées et tenaces, que rien, hormis le terrain hérédosyphilitique, ne parvient à élucider.

Est-ce à dire cependant que toutes les chorées graves et persistantes ne se rencontrent que chez les sujets hérédosyphilitiques ? Non. Il serait puéril de généraliser, car il existe d'autres facteurs de gravité et de durée ; mais quand on assiste à des manifestations particulièrement intenses, quand on est en présence d'une chorée qui traîne et s'éternise, il est prudent de chercher la syphilis, et si elle existe de la traiter.

Ainsi donc, la syphilis prépare les voies aux facteurs les plus habituels de la chorée, et en particulier au rhumatisme. Dans ce cas, elle joue un rôle de second plan, soit qu'elle reste complètement muette auprès de l'infection déterminante, derrière laquelle il faut l'aller chercher, soit qu'elle imprime, de façon plus visible, des caractères spéciaux au syndrome qu'elle a contribué à faire naître.

CHAPITRE IV

Considérations thérapeutiques.

Nous ne rappellerons pas ici les différents traitements de la chorée de Sydenham. Ils sont innombrables; ils ont varié suivant les époques, les auteurs, les idées en cours sur la pathogénie.

La liste des médicaments qui constituent l'arsenal du traitement symptomatique de l'affection montre combien le problème thérapeutique reste encore hérissé de difficultés. L'absence d'étiologie spécifique, le polymorphisme et l'instabilité clinique de la chorée de Sydenham expliquent que l'on ait été amené à s'adresser à des traitements aussi variés que ceux qui ont été préconisés dans cette maladie. Quoi qu'il en soit, quand on se trouve en présence d'une chorée, la première question à élucider est celle du facteur étiologique qui entre en action. Pour nous en tenir aux données de ce travail, nous envisagerons la conduite à tenir dans les deux cas suivants :

La chorée est-elle d'origine syphilitique ?

La chorée, qui survient chez un hérédo-syphilitique, est-elle due au rhumatisme, ou bien est-il impossible de la rattacher à une cause quelconque ?

1°) CHOREE SYPHILITIQUE

Lorsque des signes de certitude dont l'association, la simultanéité d'apparition, ne permettront pas de mettre en doute l'étiologie syphilitique de la chorée, il faudra, avant tout autre essai thérapeutique, appliquer le traitement anti-syphilitique.

Quel sera l'agent thérapeutique utilisé dans ce cas ?

A ce propos, nous rappelons le dernier argument que M. Milian invoque à l'appui de sa thèse : « 1°) L'arsenic anorganique, spécifique de la chorée, dit-il, donne d'excellents résultats dans le traitement de la syphilis ; 2°) les arséno-aromatiques réussissent également bien dans l'une et l'autre ; 3°) les effets de la médication iodo-mercurielle, dans la chorée sont parfois remarquables : « N'ai-je pas guéri, d'une manière rapide et parfaite, deux choréiques par le biodure de mercure associé à l'iodure de potassium, en m'abstenant de toute autre médication ?... » Trousseau a publié dans ses Cliniques (t. II, p. 225) la guérison merveilleuse d'une chorée grave par le calomel à doses réfractées » (Milian) ; 4°) Le tartre stibié, médicament des chorées graves, est employé, non sans succès, dans la syphilis : « Il est remarquable que ces trois spécifiques de la chorée : le mer-

cure, l'antimoine, l'arsenic soient également les spécifiques de la syphilis ».

Nous avons écarté à dessein l'arsenic dans le traitement de nos chorées syphilitiques, et nous l'écartons sous toutes ses formes : arsenic anorganique, spécifique de la chorée ; composés trivalents et pentavalents de la série aromatique, employés avec succès dans la syphilis de l'enfant et de l'adulte. Et cela, pour ne pas nous heurter à l'objection suivante : le salvarsan et le néosalvarsan agissent en tant que dérivé arsenical et non comme médicament antisyphilitique. En outre, pour ne pas amener une confusion dans l'appréciation des résultats, il est bon de s'en tenir à des préparations vraiment spécifiques de la syphilis, et vierges d'arsenic. Cette condition est réalisée par les composés mercuriels et bismuthiques.

Mercure. — Appliqué pour la première fois en 1862 par Zambaco dans une chorée évoluant chez une syphilitique secondaire, le traitement mercuriel amena la guérison de la chorée qui s'était montrée rebelle à toutes les autres thérapeutiques. Depuis, Flatau, Kurt Boas, Guerrieri, et enfin Milian, publièrent des cas de guérison complète et rapide due au mercure.

Dans deux des observations que nous rapportons (Observations I et V), le cyanure de mercure en injections intra-veineuses a été employé avec succès. Dans le cas de la petite malade de l'observation I, au bout de la sixième piqûre, on nota une amélioration sensible de l'état choréique ; après la huitième piqûre, les mouvements avaient complètement disparu. L'enfant a reçu

en tout dix piqûres de 0 gr. 01 de cyanure de mercure.

Dans l'observation I, la guérison fut plus lente à se produire ; mais il est intéressant de noter que le malade qui reçut 21 piqûres de 0 gr. 01 de cyanure de mercure en trois mois, accusa une amélioration assez nette à partir du troisième mois seulement, alors que son état était demeuré stationnaire pendant les deux premiers mois.

Dans le cas de cet adulte syphilitique depuis 24 ans, la question de la virulence du tréponème doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation des résultats thérapeutiques.

En général, le traitement mercuriel est assez bien supporté par l'enfant. Dans aucun cas, nous n'avons observé les accidents graves de l'ordre de l'ictère grave, de la néphrite aiguë, ou même de la stomatite, accidents qui obligent à interrompre le traitement.

Mais la médication mercurielle, malgré son efficacité remarquable dans la thérapeutique de la syphilis nerveuse, n'est possible dans la chorée, dans les cas seulement où l'agitation de l'enfant n'est pas un obstacle sérieux à l'administration de ce médicament par voie veineuse. On sait combien il est parfois difficile de réaliser cette injection chez les jeunes enfants dont les veines sont petites, à parois minces, enrobées dans la graisse et difficiles à faire saillir. Si, en plus de cela, on a affaire à un sujet qui se débat et s'agite, l'opération deviendra délicate même pour des médecins exercés, d'autant plus que la dose à injecter est assez volumineuse et il arrive assez fréquemment que l'injection est poussée hors de la veine.

C'est cette considération d'ordre pratique qui a amené

les pédiâtres à se demander s'il n'y aurait pas avantage à remplacer le mercure par le bismuth; d'un emploi beaucoup plus facile.

Bismuth. — Dans le service de Médecine infantile que dirige, à l'Hôpital de la Charité, M. le Professeur Mouriquand, le composé bismuthé employé est le muthanol. On se sert d'ampoules de muthanol infantile d'une contenance de 1 centimètre cube correspondant à 0 gr. 03 d'hydroxyde de bismuth et 0 gr. 026 de bismuth métallique.

Le produit, en suspension dans l'huile, se trouve déposé aux parties déclives. Il importe de le mélanger intimément, par agitation, avec son véhicule huileux avant l'injection. Cette dernière se fait en plein muscle fessier. Elle n'est pas douloureuse et en général bien supportée par les petits malades. La cure se fait par séries de 12 piqûres, à raison d'une tous les 3 jours.

Nous n'avons observé aucun accident au cours du traitement de nos chorées par le muthanol. Il faut avoir toujours soin, avant d'instituer ce traitement, de s'assurer de l'état de la dentition et de la susceptibilité rénale. De là, l'obligation d'examiner les urines au préalable, et de les surveiller, pendant la cure, par des analyses répétées.

Mais ce bismuth que nous pouvons manier facilement et sans danger pour les enfants, est-il actif dans la syphilis nerveuse et en particulier dans la chorée de Sydenham d'origine spécifique ?

Il semble bien qu'en matière de syphilis nerveuse les résultats du traitement par le bismuth soient encoura-

geants. Dans la méningite avec réaction lymphocytaire abondante, quelques injections suffisent à faire diminuer considérablement cette lymphocytose sinon même à la faire disparaître complètement.

L'état spécial des hérédos a été heureusement modifié par le bismuth (cas du Docteur Tixier, observation rapporté à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, décembre 1921). Des localisations nerveuses, telles que la surdité complète des hérédo-syphilitiques, telles que certaines méningo-myélites, ont été très améliorées par le traitement bismuthé.

Mais ces quelques résultats ne nous permettent cependant pas encore de croire la question élucidée. C'est un problème qui doit être étudié systématiquement et pour lui-même.

En ce qui concerne le traitement de la chorée de Sydenham manifestement d'origine syphilitique, les observations que nous apportons démontrent que les résultats obtenus avec le bismuth sont satisfaisants. Ils confirment l'étiologie spécifique des chorées qui cèdent au traitement. En outre, le fait que les mouvements choréïques s'atténuent considérablement au bout de la 4^e ou de la 5^e piqûre pour disparaître complètement à la fin de la cure, le fait d'obtenir une réaction de Wassermann négative par le traitement, sont des arguments en faveur du pouvoir curatif de ce médicament dans la chorée syphilitique.

Nous faisons observer, d'autre part, que chez tous nos malades, le traitement ne fut institué qu'après un repos au lit d'au moins 8 jours. Le changement de milieu, le calme dans lequel demeure les petits choréïques, n'ame-

nèrent chez eux aucune amélioration. Chez une d'entre eux (observ. V), l'agitation au contraire, sous l'influence du repos au lit, augmentait avec une telle intensité que l'entourage de la petite malade, les personnes qui s'occupaient d'elle sollicitaient la mise en train d'un traitement actif.

En résumé deux médicaments sont à la disposition du médecin en présence d'une chorée syphilitique : le mercure et le bismuth.

La commodité de l'emploi, l'absence de danger, l'efficacité rapide, profonde et plus grande que celle du mercure, font du bismuth un agent anti-syphilitique puissant ; il constitue donc le traitement de choix de la chorée de Sydenham d'origine syphilitique.

2°) CHORÉE EVOLUANT CHEZ UN HEREDO-SYPHILITIQUE

Nous avons vu précédemment que le terrain hérédosyphilitique permettait aux facteurs déterminants de la chorée de la provoquer plus aisément. Donc, une chorée évoluant chez un hérédosyphilitique ne sera pas forcément d'origine syphilitique et pourra reconnaître d'autres causes.

Parmi celles-ci, la plus fréquente se trouve réalisée par le rhumatisme.

Chorée rhumatismale chez un hérédosyphilitique. — On pourra toujours s'adresser au traitement par le muthanol, lequel, s'il n'agit pas sur les symptômes choréi-

ques, aura pour mission de modifier le terrain hérédosyphilitique, surtout si l'enfant n'a jamais été soumis au traitement anti-syphilitique.

En outre, dans ce cas, ainsi que le recommande M. le Professeur Mouriquand, on aura intérêt à prescrire du salicylate de soude, au cours de l'affection ; d'abord de fortes doses (10-12 gr.) sont souvent nécessaires pour amener la chute de la température ; puis ensuite 10 jours par mois dans le but de faire la prévention des complications cardiaques si fréquentes.

Mais cette thérapeutique, qui s'adresse à la cause et au terrain, n'amènera souvent pas la disparition des symptômes. C'est le cas d'une de nos petites malades (observ. VI) dont la chorée demeura rebelle au traitement mercuriel et au salvarsan. Il faudra alors recourir à des médications qui varieront suivant l'intensité et la marche de l'affection, et qui pourront s'adresser soit à une chorée rhumatismale, soit à une chorée dont on ne découvre à l'origine aucune infection évidente.

Les formes légères sont justiciables de l'antipyrine (2 à 4 gr. par jour) qui amène en général l'atténuation, puis la disparition des symptômes au bout du vingtième jour — du bromure de potassium (2 à 3 gr. par jour).

Dans les cas de chorées tenaces, après échec de ces médications, on aura recours à « l'arsenic à hautes doses associé au beurre » d'après la méthode du Professeur Weill, que nous nous faisons un devoir de rappeler ici :

« Pour préparer le beurre arsenical, on prend la quantité d'acide arsénieux qui sera administrée au cours du traitement, soit 0,18 cgr. On l'additionne de 3 g. 60 de

chlorure de sodium ou de lactose. On obtient ainsi un mélange d'un poids de 3 gr. 78 qui facilite les divisions ultérieures en atténuant l'erreur inhérente aux petites pesées : 0,10 cgr. de ce mélange répondent à peu près à 5 milligrammes d'acide arsénieux.

« En donnant chaque jour et successivement 10, 20, 30, 40, 50 centigrammes de ce mélange, puis en redescendant progressivement jusqu'à 0, on fera prendre 5, 10, 15, 20, 25 milligrammes d'acide arsénieux, puis on redescendra à 0 par doses décroissantes comme dans la méthode de Comby. Chaque dose est triturée dans 10 grammes de beurre frais. Le beurre arsenical ainsi préparé est pris dans du pain, et accepté facilement par les enfants. La dose est donnée en une fois pendant le principal repas, au milieu ou à la fin de celui-ci. Il y a inconvénient au point de vue de la tolérance à le prendre à jeun. C'est la seule précaution qu'il y ait à observer lorsqu'on appliquera cette médication »

Cette méthode du Professeur Weill appliquée à Lyon, dans les services de médecine infantile, pour le traitement symptomatique de la chorée de Sydenham donne dans la plupart des cas des résultats thérapeutiques très nets ; les échecs sont peu nombreux.

Dans la dernière de nos observations (observ. VI) le beurre arsenical a amené la guérison d'une chorée évoluant chez une fillette hérédo-syphilitique, chorée demeurée rebelle au traitement par le mercure et le salvarsan.

Enfin restent les cas où la chorée ne reconnaît à son origine aucune étiologie précise : le rhumatisme articulaire aigu, l'encéphalite ou une autre infection ne peu-

vent être incriminées. On pense à l'hérédo syphilis, mais on ne possède que des éléments de présomption pour étayer le diagnostic. Les signes majeurs dont nous avons parlé n'existent pas, en outre la réaction de Bordet-Wassermann est négative. Il semble bien que dans ces « cas douteux » le traitement antisypilitique doive être institué. Il s'agit souvent de formes frustres, de syphilis larvée qui donneront par l'emploi du bismuth, des succès thérapeutiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Du SERVICE DE M. LE PROFESSEUR MOURIQUAND).

*Publiée à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon
par MM. Mouriquand, Bernheim et Mme Vincent.*

Séance du 13 Mars 1928.

Simone E..., 13 ans $\frac{1}{2}$, entrée dans le service le 8 février 1928.

Antécédents héréditaires. — La mère a eu deux enfants ; le premier est mort à 3 mois de gastro entérite ; le deuxième est notre petite malade.

Elle a eu deux fausses couches, la dernière datant de 11 mois, accompagnée de rétention placentaire d'infection consécutive, et qui a nécessité une hystérectomie.

Le père est syphilitique et paludéen ; il est encore actuellement soigné pour sa spécificité.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme et s'est développée de façon normale.

Réglée à 12 ans.

A eu la coqueluche à 8 mois, la rougeole et la scarlatine à 4 ans.

En 1926, la petite malade a présenté des troubles oculaires, d'abord unilatéraux, puis bilatéraux, caractérisés par de la rougeur et de la kératite, et au point de vue fonctionnel par

une diminution rapide de l'acuité visuelle qui est allée jusqu'à l'amaurose.

Un traitement institué par M. le Professeur Rollet à l'aide d'acétylarsan et de rayons ultra-violets a fait disparaître complètement ces troubles en 2 mois.

Maladie actuelle. A débuté il y a 8 jours. Elle s'est annoncée par une crise de larmes suivie à un jour d'intervalle d'éblouissements et de sensation de chaleur, puis de mouvements incoordonnés dans les membres et du côté gauche. L'hémiface gauche était également intéressée.

Le 8 février 1928, à son entrée à l'hôpital, l'enfant présente des mouvements cloniques des membres supérieurs et inférieurs gauches et de l'hémiface gauche. Il s'agit d'une chorée généralisée prédominant à gauche.

A l'examen : on ne trouve pas de signes d'irritation de la voie pyramidale.

Pas de signe de Babinski, mais il existe un peu d'exagération du réflexe rotulien gauche.

Il n'y a pas de troubles sensitifs, objectifs ou subjectifs. Pas de fièvre.

La ponction lombaire n'a pas été pratiquée.

L'examen viscéral reste négatif.

Pas de stigmates d'hérédo-syphilis.

La réaction de Wassermann pratiquée dans le sang est légèrement positive. A noter qu'en 1926, dans le service du Professeur Rollet, elle a été à ce moment fortement positive.

L'enfant a été laissée au repos huit jours ; on n'a noté aucune modification des troubles nerveux.

Le 16 février, on a commencé un traitement spécifique au cyanure de mercure : 0,01 cgr. par injection.

A partir de la sixième injection, les mouvements choréiques ont diminué, l'agitation nocturne qui était intense a cessé.

Le 5 mars, jour de la 8^e injection, il n'existait plus aucun mouvement choréique, ni spontané, ni provoqué lors de

l'examen. La langue tirée est facilement maintenue hors de la bouche.

A noter que pendant toute la durée du traitement l'enfant est restée au lit.

Le 22 mars 1928, l'enfant sort de l'hôpital, complètement guérie. Elle a reçu une série de 10 piqûres de 0 gr. 01 de cyanure de mercure.

OBSERVATION II

(SERVICE DE M. LE PROFESSEUR MOURIQUAND).

Louis P..., 15 ans $\frac{1}{2}$, entré salle E. Weill, le 7 juin 1929.

Le médecin traitant envoie l'enfant à l'hôpital, pour une chorée ayant résisté aux traitements successifs par la liqueur de Boudin, l'antipyrine et le gardénal.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère sont en bonne santé. Pas d'antécédents névropathiques caractérisés. Pas de syphilis avouée. La mère n'a pas eu de fausses couches. Trois enfants, dont un mort à 3 mois à la suite de convulsions, un autre en bonne santé, et le troisième qui est le petit malade actuel.

Antécédents personnels. — Enfant venu à terme, malingre.

A été nourri au biberon et a présenté des troubles digestifs durant toute sa première année.

Pas de retard de la dentition, ni de la marche.

Pas d'énurésis. Pas de convulsions. Rougeole à 2 ans.

Vers l'âge de 12 ans, l'enfant aurait eu du rhumatisme, caractérisé par douleurs siégeant au niveau des pieds, des couds de pieds et des genoux. Ces douleurs n'étaient pas suffisamment fortes pour nécessiter le séjour au lit. Pas de fièvre.

L'enfant marchait, mais difficilement.

Aucun médecin ne fut consulté ; aucun traitement ne fut

institué. Ce rhumatisme aurait duré 2 ou 3 mois. L'affection actuelle a débuté insidieusement, sans cause apparente l'automne 1928, et elle a évolué progressivement jusqu'à l'entrée de l'enfant dans le service. Elle était caractérisée par des mouvements désordonnés au niveau des bras et par des tics du visage.

Au début du mois de mars 1929, le médecin consulté a institué :

1° Un traitement par la liqueur de Boudin,

Puis, à partir du 22 mai — un traitement par l'antipyrine et le gardénal.

La chorée semble améliorée, mais très légèrement par ces traitements.

Le 7 juin 1929, l'enfant entre dans le service.

On est en présence d'un enfant de 15 ans $\frac{1}{2}$, maigre et de petite taille, mais ayant un bon état général apparent.

Les mouvements choréiques n'existent qu'aux membres supérieurs, et prédominent à gauche, et au niveau de la tête : tics du visage, secousses brusques de la tête.

L'examen viscéral est négatif.

La réflectivité est normale. Pas de stigmates d'hérédosyphilis.

Le 12 juin 1929, après avoir laissé l'enfant au repos et au lit pendant 6 jours, on ne note pas de changements notables dans les mouvements choréiques.

La réaction de Wassermann ayant été trouvée légèrement positive dans le sang, on institue un traitement spécifique. La radiographie des tibias est négative.

L'enfant reçoit 2 fois par semaine, pendant deux semaines, 2 ampoules de Muthanol (3 cgr. hydroxyde de bismuth) et dans l'intervalle, deux cuillerées à dessert de sirop de Gibert.

Le 12 juillet, l'enfant sort de l'hôpital complètement guéri ; les mouvements choréiques ont diminué progressivement jusqu'à disparition totale sous l'influence du traitement bismuthé.

Le 1^{er} septembre 1929, le Professeur Mouriquand ayant revu l'enfant constate son état de bonne santé.

OBSERVATION III

(SERVICE DE M. LE PROFESSEUR MOURIQUAND).

Valentine B..., 12 ans, entrée salle Ste-Aline, le 2 janvier 1930.

Antécédents héréditaires. — Père très nerveux. Paludisme depuis la guerre. Présente du rhumatisme articulaire léger. Nie la syphilis. Avoue un éthylisme marqué. A eu des blennorragies.

La mère est également très nerveuse.

6 enfants en bonne santé. 1 fausse couche de 3 mois entre le 4^e et le 5^e enfant.

Antécédents personnels. — Accouchement normal ; enfant née à terme.

La fillette n'a pas de passé pathologique important. L'affection actuelle remonte à 2 mois. L'enfant aurait eu une assez grosse frayeur causée par un chien qui s'est jeté sur elle. Elle a poussé un cri et s'est évanouie.

C'est à la suite de cette frayeur que ses parents se sont aperçus que l'enfant était plus agitée que normalement, que ses mouvements étaient désordonnés, qu'elle remuait brusquement les jambes et les bras. L'enfant lâchait parfois les objets qu'elle tenait dans sa main droite.

L'enfant ne s'est jamais plaint de douleurs articulaires.

A l'examen, on constate l'existence de mouvements choréiques très nets du membre supérieur droit, principalement des doigts.

Pas de mouvements à la face. Légers mouvements de la langue.

La réflexivité est normale.

L'enfant se plaint de mal y voir de loin ; le réflexe à l'accommodation semblé faible.

Pas de stigmates d'hérédosyphilis ; la dentition est normale, palais bien conformé.

L'examen viscéral est négatif.

Pas de signes cliniques, ni radiologiques de périostite au niveau des tibias.

Pas de ganglions sus-épitrochléens.

La réaction de Wassermann est positive dans le sang.

A partir du 9 janvier 1930, après avoir laissé l'enfant au repos pendant 7 jours, sans qu'on n'ait constaté un amendement des mouvements, on pratique des injections : 2 par semaine de 3 cgr. de Muthanol.

Lé 16 janvier, à partir de la 3^e piqure, les mouvements auraient diminué.

Lé 18 janvier, l'enfant ne bouge plus du tout.

Elle sort de l'hôpital, guérie.

La réaction de Wassermann, pratiquée avant son départ, est alors négative.

OBSERVATION IV

(SERVICE DE M. LE PROFESSEUR MOURIQUAND).

Odette T..., 10 ans $\frac{1}{2}$, venue à la consultation pour mouvements choréïques.

Entrée dans le Service le 1^{er} mars 1930.

Antécédents héréditaires. — Père très nerveux, diabétique. La mère a contracté la syphilis en 1914 ; elle a eu à ce moment une seule série de piqures. Depuis cette époque, elle n'a suivi qu'un traitement par la bouche.

Elle a eu 3 fausses couches, 1 enfant ayant actuellement 2 ans $\frac{1}{2}$ qui se porte bien.

Antécédents personnels. — L'enfant est née à terme, après une grossesse normale, et n'a pas de passé pathologique très chargé. Rougeole à 9 ans ; oreillons à 8 ans $\frac{1}{2}$.

La fillette a toujours été très nerveuse.

C'est depuis 3 semaines environ que sont apparus les mouvements choréiques, augmentant de jour en jour.

Depuis 2 ou 3 jours, ils sont au maximum, l'enfant a des troubles de la démarche et parle difficilement.

L'enfant n'a jamais eu de rhumatisme.

A son entrée à l'hôpital, la petite malade a une température aux environs de 38°.

Les mouvements choréiques sont extrêmement marqués, atteignant tous les membres et la face. La démarche est sautillante, clownesque et est interrompue parfois brusquement par une perte d'équilibre.

Lorsque l'enfant est couché, on assiste à des mouvements incessants, de grande amplitude. Ces mouvements sont stéréotypés au niveau des membres inférieurs. Il en est de même aux membres inférieurs, au visage, l'enfant mordant sa lèvre, dilatant ses narines, fermant et ouvrant les paupières sans aucun rythme. Quand elle veut s'alimenter, elle projette son visage au-devant de sa cuillère.

Il est impossible de rechercher les signes cérébelleux, ni de faire un examen approfondi des réflexes qui paraissent normaux.

Rien au cœur.

Le foie et la rate ne sont pas perçus.

L'enfant a été laissée au repos jusqu'au 13 mars, c'est-à-dire 12 jours après son entrée à l'hôpital.

La sœur de la salle a remarqué que son état s'est aggravé, les mouvements se sont exagérés.

On commence un traitement au Muthanol.

A partir de la 4^e injection, on note une légère atténuation des mouvements. L'enfant qu'on était jusqu'à ce jour obligé d'alimenter, commence à manger seule.

Le 27 avril 1930, l'enfant reçoit sa huitième injection de Muthanol. Elle ne présente plus de mouvements choréiques. Elle a repris du poids et n'a plus de fièvre.

La petite malade quitte le service guérie.

OBSERVATION V

*Publiée par M. P. DELORE,
à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon.
Séance du 25 juin 1929.*

P..., 54 ans, manœuvre, rentre en mars 1929, dans la clinique du Professeur Pic, pour des troubles moteurs prédominants au niveau des membres inférieurs et gênant la marche. Il n'y a rien d'intéressant à relever dans ses antécédents héréditaires et collatéraux ; personne dans sa famille n'a présenté de troubles nerveux, d'allure choréique, comitiale ou autre. Il a eu la fièvre typhoïde à 8 ans. Il est éthylique et avoue une consommation quotidienne d'environ deux litres de vin. Il a contracté la syphilis à l'âge de 30 ans et ne s'est pas fait soigner. Pas de rhumatisme ; pas de manifestations encéphalolitiques.

Sa femme a eu deux fausses couches.

Les troubles qui l'amènent à l'hôpital ont débuté il y a un an environ. Il s'agit d'une agitation continue des membres, qui ne laisse aucun repos au sujet, et qui rend difficiles les divers actes de la vie quotidienne. Cette agitation a débuté insidieusement et a augmenté progressivement au point de rendre la marche très pénible. L'examen montre en effet que ce sujet est en proie à une gesticulation incessante : il s'agit de mouvements choréiques généralisés intéressant les quatre membres et la face et s'exagérant pendant l'examen ; les mains notamment sont portées fréquemment sur la tête ou les épaules, les doigts et les orteils sont agités de mouvements involontaires, la face est grimaçante, la langue est animée de mouvements de projection et de retrait typiques. Par moment, au niveau des doigts, les mouvements sont du type choréo-athétosique. La marche est incertaine, gênée par l'instabilité ; le signe de Romberg est positif ; l'instabilité est telle que

L'externe avait présenté le malade comme un grand ataxique. Mais, il n'a pas de troubles du sens musculaire. Aucun signe pyramidal ; les réflexes tendineux sont tous normaux. Aucun élément du syndrome pallidal. Pas de troubles sensitifs.

Les pupilles sont en myosis et sont légèrement irrégulières ; elles réagissent à peine à la lumière. L'examen viscéral est négatif ; rien au cœur notamment, ni à l'aorte.

Tension artérielle 12/5,9.

Psychisme intact, non déficitaire ; mémoire non altérée. La réaction de Wassermann est très positive dans le sang, négative dans le liquide céphalo-rachidien ; on trouve dans celui-ci 0 gr. 45 d'albumine et trois lymphocytes par millimètre cube.

On porte le diagnostic de chorée généralisée chez un syphilitique et on institue un traitement spécifique.

Le malade a reçu vingt et une injections intra-veineuses de 0 gr. 01 de cyanure de mercure en trois mois. A dessein on ne donne pas d'arsenicaux.

Pendant les deux premiers mois, on n'a pas constaté de modifications nette de son état ; mais depuis un mois, on peut affirmer une amélioration qui d'ailleurs est spontanément exposée par le sujet ; elle consiste dans une atténuation des mouvements choréiques ; ceux-ci persistent actuellement, mais bien moins intenses, moins nombreux, moins brusques ; par ailleurs, l'état général, qui était médiocre, s'est grandement amélioré et le poids a augmenté de 5 kilogrammes.

OBSERVATION VI

(Publiée à la Société Médicale des Hôp. de Lyon. Séance du 3 mai 1921), par MM. Mouriquand, Martine et Régnier).

Fillette de 10 ans $\frac{1}{2}$, offrant une association de chorée de Sydenham avec des signes certains d'hérédosyphilis.

Antécédents héréditaires : Père soigné pour une affection vénérienne, vraisemblablement syphilitique, puisque la thérapeutique a consisté en une série de piqûres intra-musculaires.

Mère bien portante.

Antécédents personnels. Née à terme. Dès la naissance, elle aurait présenté des stigmates d'hérédo-syphilis. Un traitement mercuriel fut immédiatement institué.

Il y a 15 jours que la chorée a fait son apparition. Les mouvements arythmiques intéressent la tête, les membres, mais respectent par contre la langue où les mouvements de trombone ne sont pas nets.

L'enfant présente des stigmates d'hérédo-syphilis. Les incisives médianes supérieures qui sont de deuxième dentition présentent l'encoche de demi-lune caractéristique de la dent d'Hutchinson. Il y a d'autres altérations de l'appareil dentaire, mais seule l'encoche demi-lunaire appartient à la vraie dent d'Hutchinson. Ces deux dents présentent également une ébauche de déformation en tournevis qui sans avoir la valeur sémiologique de l'encoche se voit également dans l'hérédo-syphilis.

A signaler un certain degré d'effondrement de la racine du nez et une ébauche de lorgnette.

Au niveau des lèvres, trois trainées linéaires blanchâtres, qui sont le reliquat de rhagades ayant évolué pendant les premiers mois de la vie.

Les deux autres éléments de la triade d'Hutchinson : hératite interstitielle et surdité font défaut. L'examen des yeux pratiqué par le Docteur Bussy montre l'existence d'une cataracte bilatérale congénitale ; une hypermétropie légère entraînant un peu de strabisme convergent, intermittent. Pas de lésions du fond de l'œil.

Pas d'hydrartrose du genou. Pas d'absence d'appendice xyphoïde.

Cœur. Premier bruit prolongé et un peu soufflant pour affirmer l'existence d'une lésion.

A signaler, le développement anormal des deux artères temporales légèrement indurées et flexueuses.

Pression artérielle normale 11/8.

La réaction de Wassermann pratiquée dans le sang de la mère est fortement positive, ainsi que chez la malade. L'enfant est resté 7 jours au lit et au repos. Son état ne s'améliorant pas, on institue un traitement spécifique au benzoate de mercure. Elle eut 12 injections intra-musculaires soit 0,06 cgr. en 23 jours.

On ne constate malgré ce traitement, aucun amendement des mouvements choréïques, et on fait du néosalvarsan intra-veineux : 0 gr. 73 en 7 injections en 40 jours.

Toujours aucune atténuation des mouvements : l'état général est florissant, la fillette ayant augmenté de 1 k 900 depuis son entrée à l'hôpital.

Devant ce double insuccès thérapeutique, après 8 jours de repos, on institue un traitement au beurre arsenical selon la méthode du Professeur Weill 0 gr. 005 d'acide arsénieux mêlé à 15 gr. de beurre ; en augmentant de 0 gr. 005 chaque jour.

Le 6 avril, alors qu'on était à 0 gr. 035, on assiste à une sédation des mouvements.

Le 9 avril, amélioration plus nette ; le 14, l'enfant ne bouge plus. La réaction de Wassermann reste positive dans le sang.

CONCLUSIONS

I. D'après les conceptions actuelles, la chorée de Sydenham doit être considérée comme un syndrome que peuvent réaliser les infections les plus diverses.

Dans l'étiologie de la chorée de Sydenham il y a lieu de distinguer les causes prédisposantes et les causes déterminantes :

Les premières sont : le sexe, l'âge, l'hérédité nerveuse.

Les secondes ressortissent à trois grandes infections :
le rhumatisme articulaire aigu,
l'encéphalite épidémique,
et la syphilis.

II. La syphilis, dans quelques cas, peut-être considérée comme un facteur déterminant de la chorée. Quand elle existe seule, indépendamment de toute autre cause morbide, il est impossible de la considérer comme une coïncidence et force est de lui faire jouer un rôle actif dans la production de la chorée. Les cas où la syphilis intervient comme cause déterminante sont relativement peu nombreux.

III. La syphilis, surtout héréditaire, sans être directement en cause prépare le terrain favorable à l'éclosion de la chorée, en fragilisant le cerveau et en permettant ainsi

aux autres infections : rhumatisme articulaire aigu, encéphalite ou autres, d'agir.

IV. Au point de vue thérapeutique, il y a lieu de distinguer :

Le cas où la chorée a une étiologie syphilitique incontestable, et celui où évoluant chez un sujet hérédosyphilitique, elle dépend d'une autre cause que la syphilis.

Dans le premier cas, on aura recours au traitement antisyphilitique et celui qui paraît le mieux indiqué est le traitement bismuthé.

Dans le deuxième cas on traitera la cause : le rhumatisme articulaire aigu par le salicylate, donné souvent à fortes doses, dans le but de prévenir les cardiopathies. On agira sur le terrain hérédosyphilitique par le bismuth.

Et très souvent, on sera obligé de s'adresser au traitement symptomatique réalisé par la méthode de Weill.

Enfin dans les cas où la chorée ne reconnaît aucune des étiologies habituellement en cause, même s'il n'existe aucun signe de certitude en faveur de la syphilis, même avec une réaction de Wassermann négative, on sera en droit d'instituer un traitement bismuthé qui dans certains cas donnera des résultats.

Vu :

Le Doyen,
JEAN LÉPINE.

Le Président de la Thèse,
G. MOURIQUAND.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 17 mai 1930.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
JOSEPH GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

APERT et ROUILLARD. — Chorée et syphilis. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1913).

BABONNEIX. — « Les chorées », (Flammarion 1924).

— A propos de la communication de M. Milian. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 6 déc. 1912).

— La chorée de Sydenham (*Extrait du Rép. de Med. Nationale*, nov. 1912).

— Chorée et syphilis. (*Gaz. des Hôp. Paris*, 13-15 nov. 1923).

— Les réflexes dans la chorée (*Arch. Méd. des Enfants*, 1928).

— La chorée de Sydenham doit-elle être considérée comme une province de l'encéphalite léthargique. (*Paris Médical*, 1923).

— « La chorée rhumatismale ». (*Journal de Med. et de Chir. pratiques*, 10 sept. 1925).

— Quelques étapes dans l'histoire de la chorée. (*Le Monde médical*, 15 nov. 1925).

— La syphilis nerveuse héréditaire. (Masson et Cie, 1 v. 1930).

- BÉNARD. — Etude clinique et thérapeutique des chorées. (*Bulletin général de thérapeutique*, 1914).
- BÉRIEL. — Traitement de la chorée par la liqueur de Boudin. (*Lyon Médical*, 1914).
- BLUM. — Idées actuelles sur la chorée de Sydenham. (*Bulletin Méd. Paris*, 1924).
- BRELET. — Etiologie et pathogénie de la chorée de Sydenham. (*Gaz. des Hôp.*, 20 mai 1913).
- COSTILHES. — *Gazette médicale de Paris*, 1852.
- CASSOUTE et GIRAUD. — 3 cas de chorée syphilitique. (*Marseille Médical*, 1920).
- CHARTIER et ROSE. — *Archives de Neurologie*, 1907.
- CHEVRON J. — Chorée et syphilis. (*Soc. Med. des Hôp. Paris*, 1913).
- COCCHI. — Etiologia della corea del Sydenham. (Firenze, 1924).
- COMBY. — Les origines de la chorée de Sydenham. (*Arch. Med. Enfants*, 1915).
- Chorée et réaction de Wassermann. (*Soc. Med. Hôp. Paris*, 1915).
- COMIGAN. — Etiologie de la chorée de Sydenham. (Thèse, Paris, 1925).
- DELORE. — Chorée chronique syphilitique. (*Lyon Médical*, 1929).
- DYRANDE. — Chorée de Sydenham. (*Revue franç. de Med. et Chir.*, 1905).
- FIORE. — Corea et siphilide. (Firenze, 1914).
- FLATAU. — Über chorea luetica. (*Munch Med. Wocheuschr.*, 1912).

GRABOIS. — *Thèse Paris*, 1912-13.

GRENET. — Recherches récentes sur la chorée de Sydenham.
(*Monde Médical*, 1913).

GRENET et SÉDILLOT. — Sur l'origine syphilitique de la chorée
de Sydenham. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1913).

HÜBNER. — *Über Kongenitale Lues* (1917).

HUTINEL. — Chorée et syphilis héréditaire. (*Bull. Médical*, 7 déc.
1918).

— Le terrain hérédo-syphilitique. (Masson 1916, 1 v.).

— Un cas de chorée syphilitique. (*Pédiatrie pratique*, Lille
1913).

INGELRANS. — Hérédo-syphilis du système nerveux. (*Gaz. des
Hôp.*, 28 mai, 1904).

JOLBRAIN. — Nature de la chorée de Sydenham. (*Journal de
Méd. Int.*, 20 déc. 1912).

KOVALEWSKY. — *Archiv. für Psychiatrie und. Nervent auk*,
1894

KURT BOAS. — *Zeitschrift für die gesamte Neurol. und Psych.*,
1917.

LÉGER. — Considérations sur la chorée de Sydenham et son
traitement. (*Année médicale de Caen*, 1913).

MÉONI. — Etiologia della corea del Sydenham. (S. Firenze,
1913).

MILIAN. — La nature syphilitique de la chorée de Sydenham.
(*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 28 juin et 28 nov. 1912).

— Chorée et syphilis frustre. (*Soc. Med. Hôp. Paris*, mai
1914).

- Chorée syphilitique guérie par le mercure. (*Bulletin Soc. fr. de dermatologie et syphiligraphie*, Paris 1919).
- MOURIQUAND, MARTINE et RÉGNIER. — Chorée de Sydenham chez un hérédo-syphilitique. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 3 mai 1921).
- MOURIQUAND, BERNHEIM et M. VINCENT. — Chorée de Sydenham et hérédo-syphilis. (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 1928).
- NOBÉCOURT. — Maladies du système nerveux. (1 v. 1929).
- PAYAU et MATTÉI. — La chorée de Sydenham. (*Gaz. des Hôp.*, 1912).
- RAYMOND. — *Extrait du dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, du D^r A. Dechaume, p. 457.
- REBATTU, SEDALLIAN et MOLLON. — Chorée chez un vieillard. (*Lyon Médical*, 1922).
- RICHARDIÈRE, LEMAIRE et SOURDEL. — Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans la chorée. (*Soc. de Pédiat.* 1911).
- ROUSTAN. — Nature syphilitique de la chorée de Sydenham. (*Thèse Paris*, 1913).
- SOLTMANN. — *Jahresberichte des Wilhelm August Hospitals*, Breslau, 1893.
- TALENT. — Ch. de S. Traitement par salvarsan. (*Thèse Paris*, 1913).
- TINEL. — Article « Chorée ». (*Traité Sergent*, 1923).
- TOUTAIN. — Relations de la ch. de S. avec la tuberculose. (*Thèse Paris*, 1906).
- TRIBOULET A. — Etiologie de la chorée de Sydenham. (*Thèse Paris*, 1926).

TRIBOULET H. — Chorée et syphilis. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1913).

TROUSSEAU. — *Cliniques*, t. II. p. 225.

URECHIA et RUSDEA. — 1 cas de chorée chronique avec autopsie.
● (*Revue neurologique*, 1923).

— Chorée chronique syphilitique (*Rev. neur.* 1922).

URECHIA et ELEKES. — Anatomie pathologique d'un cas de chorée de Sydenham. (*Revue neurologique*, 1924).

URECHIA. — Quelques remarques sur la chorée. (*Encéphale*, Paris, 1921).

WEILL, MOURIQUAND, GOYET. — Chorée traitée par le salvarsan.
Annales de Méd et chir. infantiles, 1912).

WEILL et MOURIQUAND. — Précis de médecine infantile, 1928.

WEILL. — Traitement de la chorée par le beurre arsenical.
(*Progrès médical*, 1912).

ZAMBACO. — Des affections nerveuses syphilitiques (1862).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
HISTORIQUE	11
CHAPITRE I. — Théories actuelles sur l'étiologie de la chorée de Sydenham	17
CHAPITRE II. — La syphilis, cause déterminante de la chorée de Sydenham	29
CHAPITRE III. — La syphilis, cause prédisposante de la chorée de Sydenham	37
CHAPITRE IV. — Considérations thérapeutiques	41
OBSERVATIONS	51
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65

Imprimerie de Trévoux
G. Patissier

—
1930

